

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		N/1021/1158		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		Chowdaiah		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
		80		M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम		S/O :- Basave Chowde			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अस्थायी पता					
Thalagamudi village, Kirugavahu, Hobli					
Malavalli, Mandya					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अस्थायी पता					
- Same as above -					
OCCUPATION : व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
Farmer				☒ ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
32,000/-					
PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)					
Yes / No हां / नहीं					
FAMILY DETAILS - परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध	
①	Ningamma	75	F	Wife	
②	Chowdaiah	43	M	Son	
③	Ashwini	31	F	Daughter-in-law	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनंति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	
				Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
①	Diagnosis - RE - Cataract				
	LE - Cataract				
②	Surgery				
	LE - Cataract + PCICL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी		
①	DBCs		2000/-		

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं यहाँ पर कबल कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक शिफ्ट को खारज कर दिया जा सकता है।

2) मेरी द्वारा जो सहायक शिफ्ट "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।

3) मैं यहाँ पर कबल कह रहा हूँ कि जिस सहायक शिफ्ट का उपयोग मैं नहीं करूँगा, उस शिफ्ट का व्यय/विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही प्रतिफल में ली जायेगी।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर के अंग्रेजी की साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी शहमाती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाईंडेशन और ड्रमकें न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों को लिपि बिली भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में हस्ताक्षर के पत्रले या साधु ये करने के लिए "कोशिका फाईंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

हमारे अधिकृत, हमलावरों को और से घायले/लेरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता होत सिफारिश की जाली है. जिसे हम (हमलावर) निम्न प्रकार से घायल व मलीका करते हैं.

1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिणी में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" से डिवाइस/विधि उक्त के सम्बंध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सकारा हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो आपसल किसी अन्य एक सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि आपसल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी एक सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फायन्डेशन" से ली गई साहायता केवल वित्तिय प्रवृत्ति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा दी गई सलह या बिने गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क देनी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिये हस्पताल में ऐसी कें इलाज मुफ्त और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुजिका या बिन्नेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

01/10/21

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgeon
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
KMC, Bangalore

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Sarabjot Eye Care Trust)
15/14, Thirumala Road, 5th Floor, T. Nagar, Chennai-600 017

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्तक्ष 1

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जगदीश खड्गनाथ २

Rich